

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Крылова Е.В

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Этиологическая структура кишечных инфекций (ОКИ) чрезвычайно разнообразна и представлена простейшими, бактериями и вирусами. К сожалению, микробиологическое подтверждение этиологического диагноза при ОКИ у детей в Республике Беларусь не превышает 60-61% и доступно не ранее 3-4 дня от начала исследований. В связи с этим, определяющим в выборе методов и средств терапии являются клинические проявления заболевания.

**Целью работы** явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей ОКИ у детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 619 детей в возрасте от 0 до 3 лет, госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу с этиологически расшифрованным диагнозом ОКИ в 2006 - 2008 гг. Среди них больные ротавирусной инфекцией составили 27,46%, сальмонеллезом – 23,10%, ОКИ стафилококковой этиологии - 35,86%, шигеллезом – 9,85%, кампилобактериозом – 3,72%.

Помимо общеклинических методов исследования, всем больным проводились обязательные бактериологические посевы, исследование кала для определения антигенов ротавируса и кампилобактера в ИФА.

**Результаты и обсуждение.** Как показал анализ, у одной трети детей раннего возраста, больных ОКИ, заболевание протекало в гастроэнтероколитической форме. В то же время, гастроэнтеритическая форма ОКИ чаще встречалась у больных ротавирусной инфекцией ( $52,35 \pm 3,84\%$ ), энтероколитическая форма - у больных кампилобактериозом ( $69,57 \pm 9,81\%$ ), сальмонеллезом ( $54,55 \pm 4,18\%$ ) и шигеллезом ( $50,82 \pm 6,45\%$ ). Гастритическая форма наблюдалась очень редко и регистрировалась только у больных ОКИ стафилококковой этиологии ( $4,50 \pm 1,40\%$ ) и сальмонеллезом ( $2,80 \pm 1,38\%$ ).

При этом тяжелая форма заболевания чаще регистрировалась у больных шигеллезом ( $59,02 \pm 6,35\%$ ), сальмонеллезом ( $51,75 \pm 4,19\%$ ), ротавирусной

инфекцией ( $51,18 \pm 3,85\%$ ) и кампилобактериозом ( $43,48 \pm 10,57\%$ ). Напротив, легкая форма чаще встречалась у больных ОКИ стафилококковой этиологии ( $25,68 \pm 2,94\%$ ). Осложнения были более характерны для детей, перенесших шигеллез ( $13,11 \pm 4,36\%$ ) и сальмонеллез ( $6,29 \pm 2,04\%$ ).

Наиболее часто заболевание сопровождалось рвотой при ротавирусной инфекции ( $92,35 \pm 2,04\%$ ). Причем, у больных ротавирусной инфекцией ( $59,87 \pm 3,92\%$ ) и ОКИ стафилококковой этиологии ( $66,41 \pm 4,14\%$ ) в большинстве случаев рвота была многократной и сохранялась более двух дней, однократная рвота чаще наблюдалась у больных кампилобактериозом ( $85,71 \pm 14,29\%$ ) и сальмонеллезом ( $54,84 \pm 6,37\%$ ).

Диарея кратностью до 5 раз в сутки была более характерна при ротавирусной инфекции ( $64,12 \pm 3,69\%$ ), кампилобактериозе ( $60,87 \pm 10,41\%$ ) и ОКИ стафилококковой этиологии ( $60,38 \pm 3,40\%$ ). В то же время, частота стула более 5 раз в сутки чаще наблюдалась у больных шигеллезом ( $63,93 \pm 6,20\%$ ) и сальмонеллезом ( $56,83 \pm 4,22\%$ ).

Наиболее продолжительным патологический стул был у больных сальмонеллезом, кампилобактериозом и шигеллезом. Средняя длительность диареи в этих возрастных группах составляла  $6,73 \pm 0,4$  дня,  $6,48 \pm 0,84$  и  $5,93 \pm 0,48$  дня, соответственно. Патологический стул со слизью и зеленью также чаще встречался у детей, больных кампилобактериозом ( $78,26 \pm 8,79\%$ ), сальмонеллезом ( $61,15 \pm 4,15\%$ ) и шигеллезом ( $59,02 \pm 6,35\%$ ). У этой же группы больных чаще наблюдался и гемоколит, который регистрировался при кампилобактериозе у  $56,52 \pm 10,57\%$  больных, при шигеллезе у  $36,07 \pm 6,20\%$  больных.

Изменения в копрограмме, характеризующиеся повышенным числом эритроцитов и лейкоцитов чаще наблюдались при кампилобактериозе ( $10,53 \pm 7,23\%$  и  $31,58 \pm 10,96\%$  соответственно), сальмонеллезе ( $12,03 \pm 2,83\%$  и  $46,62 \pm 4,34\%$  соответственно) и шигеллезе ( $28,07 \pm 6,00\%$  и  $68,42 \pm 6,21\%$  соответственно).

В то же время интоксикационный синдром был характерен для всех групп больных. Максимальная температура тела, достигающая  $39^\circ\text{C}$  чаще регистрировалась у больных сальмонеллезом ( $55,24 \pm 4,17\%$ ), шигеллезом ( $54,10 \pm 6,43\%$ ) и ротавирусной инфекцией ( $50,09 \pm 3,85\%$ ). При этом у  $30,43 \pm 9,81\%$  больных кампилобактериозом, у  $28,82 \pm 3,48\%$  больных ротавирусной инфекцией и у  $27,87 \pm 5,79\%$  больных шигеллезом максимальная температура тела была выше  $39^\circ\text{C}$ . Наиболее длительной температурная реакция была у больных шигеллезом и сальмонеллезом (средняя длительность лихорадки  $4,00 \pm 0,34$  дня и  $3,99 \pm 0,22$  дня соответственно). В то же время, нормальная или субфебрильная температура была характерна для детей, больных ОКИ стафилококковой этиологией.

Во всех возрастных группах наблюдались изменения в общем анализе крови. Так, лейкоцитоз наблюдался у одной трети больных бактериальными кишечными инфекциями, лейкопения наиболее часто встречалась у детей при ротавирусной инфекции ( $11,24 \pm 2,44\%$ ) и у больных сальмонеллезом ( $13,99 \pm 2,91\%$ ). Повышение СОЭ чаще зарегистрировано у больных шигеллезом ( $39,34 \pm 6,31\%$ ), сальмонеллезом ( $30,77 \pm 3,87\%$ ) и кампилобактериозом ( $30,43 \pm 9,81\%$ ).

**Выводы.** Таким образом, интоксикационный синдром у детей младшего возраста характерен при всех ОКИ, за исключением кишечной инфекции стафилококковой этиологии. Гастроэнтеритический вариант ОКИ указывает на

наибольшую вероятность ротавирусной или стафилококковой инфекций. Колитический синдром характерен для бактериальных кишечных инфекций, при выборе этиотропной терапии которых следует учитывать полиэтиологичность ОКИ у детей раннего возраста и данные по чувствительности к антибиотикам не только традиционных кишечных патогенов (шигеллы, сальмонеллы), но и кампилобактера, золотистого стафилококка.